FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904 **THÈSE** N° –

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 20 avril 1904, à 1 heure.

PAR

P. BOUCHER

DE L'INFLUENCE DU TRAITEMENT

Antisyphilitique chez la femme enceinte

sur le fœtus

Président : M. GAUCHER, *professeur.*
Suffragants { M. HAYEM, BRISSAUD, *professeurs.*
{ M. LETULLE, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
H. JOUVE
15, rue Racine, 15

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladie des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE DENTU.
	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA TOURETTE	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	GOSSET	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOUGET	MAUCLAIRE	THOINOT
BROCA (Aug.).	GUIART	MERY	VAQUEZ
BROCA (André)	HARTMANN	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	JEANSELME	REMY	WALTHER
CUNEO	LANGLOIS	RENON	WIDAL
DEMELIN	LAUNOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LEGRY	RIEFFEL (cgef des travaux anat.)	
DUPRE			

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR E. GAUCHER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Chevalier de la Légion d'honneur.

Nous remercions notre maître, M. le professeur E. Gaucher, qui a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

Nous lui adressons l'hommage de notre très vive et très respectueuse reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il nous a témoignée pendant notre séjour, près de lui, à l'hôpital Saint-Louis.

Nous remercions, d'autre part, M. le Dr Gastou, chef de laboratoire à l'hôpital Saint-Louis, ancien chef de clinique de la Faculté, qui nous a aidé de ses conseils.

P. B.

DE L'INFLUENCE DU TRAITEMENT
antisyphilitique, chez la femme enceinte,
sur le fœtus

AVANT-PROPOS

Parmi les différents types connus d'hérédité pathologique, le seul qui soit au-dessus de toute discussion, de toute controverse, est l'hérédité syphilitique.

Le professeur Fournier, dans une de ses leçons sur l'hérédité syphilitique s'exprimait ainsi : « Si l'on me demandait ceci : Qu'y a-t-il de plus redoutable dans toute la syphilis ? Je n'éprouverais pas l'ombre d'un embarras, d'une hésitation pour répondre tout aussitôt : Ce qu'il y a de plus redoutable dans toute la syphilis, ce par quoi la syphilis s'élève au rang d'un fléau pour l'humanité, c'est, à coup sûr et sans contestation possible, sa faculté de transmission héréditaire, c'est ce qu'on appelle son hérédité, sous les diverses formes par lesquelles cette hérédité peut se traduire ».

Heureusement nous disposons de moyens thérapeutiques puissants pour protéger et guérir ceux que l'hérédo-syphilis menace. Dès le début de la vie, par l'intermédiaire de la mère, nous pouvons prévenir la syphilisation du fœtus. Montrer la bienfaisante influence du traitement antisyphilitique pendant la grossesse : tel est le but que nous nous sommes proposé.

Mais auparavant il nous a paru indispensable d'exposer brièvement l'origine ou la provenance de l'hérédité syphilitique et de considérer les manifestations variées de la syphilis fœtale avec toutes ses graves conséquences.

CHAPITRE I

L'étiologie de l'hérédité syphilitique et son origine doivent être envisagées au double point de vue de l'influence de la syphilis de la mère et de celle du père. Les effets de l'hérédité sont variables suivant la provenance, et disons de suite que la syphilis maternelle, comme il fallait s'y attendre, est la plus transmissible et la plus dangereuse.

Il importe, quant à l'influence de la syphilis de la mère sur le fœtus, de distinguer cliniquement trois cas.

A. — La mère avait la syphilis avant le début de la grossesse. Les effets de la maladie sur le fœtus sont, dans cette première modalité, très redoutables. L'avortement, dû à la mort précoce du fœtus, est la règle. Les grossesses successives aboutiront souvent à des avortements en série et cela, pendant un temps plus ou moins long suivant que la syphilis est récente ou ancienne, suivant aussi qu'elle est ou non traitée. Peu à peu, en effet, les conséquences de la syphilis maternelle s'atténueront : les fœtus parviendront à une époque de plus en plus avancée de la grossesse,

succomberont plus tardivement, pourront même naître vivants et mourir dans les premiers jours qui suivront la naissance. Enfin, ultérieurement, l'accouchement à terme d'un enfant vivant et ne présentant qu'à une époque éloignée les stigmates de l'hérédo-syphilis deviendra chose possible.

En résumé, on peut observer :

1° L'expulsion prématurée due à la mort précoce du fœtus.

2° L'expulsion tardive due à la mort du fœtus dans les trois derniers mois de la grossesse.

3° L'accouchement à terme d'un enfant qui pourra succomber ou survivre en présentant des signes tardifs d'hérédo-syphilis.

D'après une statistique du professeur Fournier, sur 208 grossesses survenant chez 100 femmes syphilitiques on a observé :

148 enfants morts.
60 enfants vivants.

B. — La mère devient syphilitique au moment de la conception : la mort du fœtus est presque la règle dans ce cas et en absence de tout traitement.

C. — Enfin, la femme ne devient syphilitique qu'après la conception, au cours de sa grossesse. Dans ce dernier cas, l'influence de la syphilis dépendra du degré de développement du fœtus au moment de la contamination de la mère. Si l'infection est précoce, le fœtus pourra succomber ou présenter les manifestations nettes de l'hérédo-syphilis. Si l'infection est tardive, et cela s'entend dans les derniers mois de

la grossesse, l'enfant pourra ne présenter que, longtemps après la naissance, des stigmates de l'hérédité syphilitique. Peut-être même pourra-t-il rester indemne.

Le Pileur a établi la statistique suivante sur 130 femmes syphilitiques qui avaient eu des enfants avant et après leur syphilis :

fœtus nés :

	Avant la syphilis.	Après la syphilis.
fœtus mort-nés. . . .	8	120
morts après la naissance.	99	25
survivants.	102	8
Soit pour 100 :		
fœtus mort-nés. . . .	3,8	78
morts après la naissance.	47,3	56,3
survivants.	48,8	5,2

Le fœtus peut tenir la syphilis de son père, à l'exclusion de sa mère. C'est un fait indiscutable et un exemple suffirait à le prouver : une femme a plusieurs grossesses normales et se terminant par des accouchements à terme d'enfants sains. Elle devient enceinte d'un autre homme et sa grossesse se termine par un avortement ou par un accouchement prématuré ou par un accouchement à terme d'un enfant dystrophié. Quant aux conditions dans lesquelles la syphilis paternelle peut se manifester, nous pouvons distinguer :

1° Le père féconde et infecte en même temps la mère ;

2° Le père est depuis longtemps syphilitique, mais ne présente pas d'accidents contagieux au moment du coït fécondant.

Dans le premier cas, la syphilis paternelle agit sans exception ; dans le second, elle peut ne pas se transmettre.

Enfin le fœtus peut tenir la syphilis à la fois de la mère et du père. Cette hérédité syphilitique mixte est naturellement la plus nocive.

Quelle que soit l'origine de l'infection syphilitique chez le fœtus, celle-ci peut se transmettre de deux manières : les cellules germinatives peuvent être infectées au moment de la conception ou bien le fœtus est infecté ultérieurement par transmission placentaire. Dans cette seconde condition, la gravité dépendra de l'époque à laquelle la mère est devenue syphilitique.

Nous ne pouvons terminer ce court exposé sur l'hérédité syphilitique sans dire un mot au point de vue de l'influence d'un fœtus syphilitique sur la mère saine jusqu'alors. C'est, qu'en effet, une indication thérapeutique s'en dégagera dans la suite. La plupart des auteurs admettent aujourd'hui la contamination de la mère par le fœtus et cette transmission est probable par suite de l'immunité de la mère vis-à-vis des accidents syphilitiques de son produit. Cette immunité, connue sous le nom de loi de Baumès-Colles, est hors de doute, malgré certaines exceptions. C'est à la syphilis ainsi transmise que le professeur Fournier applique l'épithète de conceptionnelle, syphilis déca-

pitée, comme il l'appelle aussi par ailleurs, en raison de l'absence d'accident initial.

Kassowitz, pour expliquer l'apparition d'accidents syphilitiques secondaires chez une femme saine avant la conception, formule trois hypothèses :

1° La mère a été infectée par le virus circulant dans le sang de l'enfant ;

2° Au moment de la fécondation, la transmission de la syphilis paternelle à la mère est directe mais sans accident initial apparent. Il s'agit d'un cas de syphilis ignorée, à début caché ;

3° La transmission se fait par infection spermatique plutôt que par infection fœtale. Cette dernière hypothèse est conforme à l'apparition précoce d'accidents secondaires chez la mère.

Quelle que soit l'explication admise, l'immunité de la mère est un fait certain et ne peut s'admettre sans la transmission de la syphilis.

En résumé, l'hérédité syphilitique, bien qu'elle ne soit obligatoire à aucun moment de la syphilis des générateurs, est un fait d'observation accepté par tous. D'autre part, des modes (paternel, maternel ou mixte) possibles, c'est l'hérédité exclusive du père qui s'exerce le moins souvent et se traduit par des accidents moins graves. L'hérédité par la mère est, au contraire, très dangereuse et presque inéluctable. Enfin, l'hérédité, s'exerçant à la fois par les deux parents, est, en même temps que la forme la plus commune, la plus grave des trois.

CHAPITRE II

L'influence de la syphilis sur le produit de conception est donc très redoutable. La syphilis est, en effet, la cause la plus fréquente des maladies de l'œuf et des altérations placentaires qui entraînent la mort du fœtus. Toutefois son action sur l'évolution du fœtus est très variable dans ses effets et dépend d'un grand nombre de facteurs. A côté de la cachexie fœtale aboutissant à « l'inaptitude à la vie » et aux avortements à répétitions, l'hérédo-syphilis se manifeste, chez le fœtus, par des troubles dystrophiques, généraux ou partiels, par des malformations congénitales, par des prédispositions morbides. Les symptômes de l'hérédité syphilitique sont nombreux et variés. On peut les classer en deux catégories suivant qu'ils frappent l'organisme tout entier ou seulement tel ou tel grand appareil de l'économie. Dans le premier cas, l'hérédo-syphilis détermine une dystrophie générale analogue à l'infantilisme ou au rachitisme fœtal. Dans le second cas, les manifestations se localisent.

Bornant nos investigations à la syphilis fœtale,

rappelons rapidement, ici, les lésions que la syphilis crée à la fois du côté du placenta et du côté de l'embryon. Fraenkel, en 1875, dans un très important travail sur le placenta syphilitique, a cherché à différencier les lésions anatomiques suivant que la syphilisation venait de la mère ou de l'œuf. Sinéty, en 1878, fit de nouvelles recherches au point de vue microscopique. On peut résumer les lésions histologiques du placenta syphilitique en ces trois ordres : hypertrophie des villosités choriales, dégénérescence fibreuse et amas de granulations caséeuses. Mais il est un caractère macroscopique qui intéresse suffisamment les praticiens et leur permet de préjuger souvent la nature syphilitique des altérations placentaires : c'est la disproportion qui existe souvent entre le poids du placenta et le poids du fœtus. Le professeur Pinard insiste sur ce fait et lui reconnaît assez de valeur pour conclure à la syphilis des parents, lorsque celle-ci est passée inaperçue.

Les lésions syphilitiques du fœtus sont également bien caractéristiques. Sans insister sur le pemphigus syphilitique, qui suffit pour faire le diagnostic de l'affection, nous rappellerons que la syphilis crée des lésions typiques dans le poumon, dans le foie, dans les testicules et surtout dans les os. Dans le squelette, en particulier, les altérations sont très variées et se rapprochent des lésions du rachitisme fœtal.

CHAPITRE III

L'influence de l'hérédité syphilitique peut se modifier au point de s'éteindre et cela sous l'action de deux facteurs : le temps et le traitement.

Il est impossible de séparer ces deux facteurs d'atténuation, qui agissent dans le même sens. C'est pourquoi, nous pensons devoir brièvement parler de l'action du temps sur l'hérédo-syphilis.

L'âge de la syphilis des parents a une influence énorme sur la transmission à l'enfant. Le professeur Fournier cite de nombreux exemples à l'appui. Il nous suffira de reproduire celui-ci :

Trois syphilitiques se sont mariés, en état de syphilis manifeste, non traitée ou très insuffisamment traitée, tous les trois ont eu des enfants sains et ce, parce qu'ils s'étaient mariés longtemps après le début de leur affection : soit de cinq à onze ans.

D'un grand nombre d'observations semblables à cette dernière, l'auteur conclut que l'influence héréditaire décroît d'une façon bien marquée et surtout au-delà des trois premières années de l'affection.

Toutefois, au point de vue héréditaire, la syphilis même âgée, même tertiaire et depuis longtemps silencieuse, peut se révèler et se révéle souvent en l'absence du correctif par excellence de l'hérédo-syphilis, nous voulons dire du traitement spécifique.

Ce dernier est, en effet, le vrai modificateur de l'influence héréditaire ; c'est celui sur lequel nous pouvons le plus sûrement compter, le seul d'ailleurs qui soit à notre disposition et que nous puissions facilement manier. Le traitement spécifique, chez la mère, agit et agit toujours dans toutes les conditions qui règlent l'hérédité syphilitique. Que la syphilis vienne du père, de la mère ou des deux à la fois, que l'un ou l'autre parent ou les deux soient traités, dans tous les cas : action salutaire.

Laissant de côté l'action du traitement sur la syphilis paternelle, nous nous occuperons uniquement, ici, de l'action du traitement spécifique, institué chez la femme enceinte et syphilitique ou soupçonnée syphilitique.

Quelques observations reproduites dans les auteurs ou recueillies par nous, parmi beaucoup d'autres, vont nous montrer le pouvoir thérapeutique du traitement sur l'hérédo-syphilis.

Cette heureuse influence est connue depuis fort longtemps et elle est indiquée dans un livre de Mauriceau où celui-ci rapporte l'observation suivante :

Une femme de vingt ans ayant eu « la maladie vénérienne » était accouchée d'un enfant mort et « tout

pourry de vérole ». Or, devenue enceinte en l'an 1660 pour la seconde fois, elle fut prise, au troisième mois de sa grossesse, « de quantité d'ulcères très malins » localisés principalement aux mamelles. Redoutant, pour le sort de son enfant, cette manifestation syphilitique, elle s'adressa à quatre chirurgiens, qui, instruits de son état de grossesse, refusèrent de la soigner. Selon les idées de l'époque le mercure devait être abortif. Un autre chirurgien consulté, auquel la femme dissimula sa grossesse, la traita et bien lui en prit. Quand elle vint à l'Hôtel-Dieu pour accoucher, elle mit au monde un enfant sain « aussi gros et gras et aussi sain que si sa mère n'eût jamais eu, en tout son corps, aucune tache de la maladie ». Mauriceau ajoute que, sans traitement, cette femme eût accouché d'un enfant « corrompu, comme la première fois ».

Diday rapporte l'observation suivante : Un homme syphilitique se marie avec une fille, qui avait eu elle-même un chancre induré. Ni l'un ni l'autre n'offrait, cependant, le moindre signe de syphilis au moment de la première grossesse de la femme. Celle-ci se termina par la naissance d'un enfant qui succomba, quatorze jours après la naissance. La mère eut dix enfants, qui tous moururent. Durant une huitième grossesse, elle fut traitée et l'enfant, qui vint au monde alors, resta sain. Une neuvième grossesse survint et, grâce au traitement, le résultat fut aussi heureux. Pendant une dixième grossesse, on négligea le traitement et l'enfant succomba à six mois.

La mère, enceinte une onzième et dernière fois, se traita et accoucha à terme d'une fille, qui, revue longtemps après, était restée bien portante.

Ce fait fournit à la fois l'épreuve et la contre-épreuve en montrant l'efficacité répétée du traitement.

Beatty donnait ses soins à deux époux qui avaient eu autrefois la syphilis et qui, depuis longtemps, ne présentaient aucune trace visible de la maladie. La femme eut successivement deux enfants, lesquels, nés à sept et huit mois, vinrent au monde putréfiés. Le traitement n'avait été suivi que pendant la seconde grossesse et avait été très incomplet. De nouveau enceinte, Beatty lui déclara qu'il ne l'accoucherait qu'autant qu'elle se soumettrait à un traitement régulier. Ce qu'elle fit et elle accoucha à terme d'un enfant bien portant. L'auteur ajoute que cette femme eut dans la suite plusieurs enfants sains.

Colles, consulté par une femme, qui avait déjà avorté deux fois, lui administra un traitement spécifique et un enfant vint au monde bien portant et à terme.

Thompson Forster rapporte le fait suivant : Un homme contracte la syphilis en 1862 et se marie en 1865. Deux grossesses successives, survenues chez la femme, se terminèrent l'une par l'expulsion d'un fœtus mort, l'autre par un accouchement prématuré d'un enfant, qui mourut dix jours après la naissance. Devenu veuf, cet homme contracte une seconde union en 1872, soit dix ans après le début de l'affection et sa seconde femme, devenue enceinte,

avorte. Un traitement est institué et, en 1877 et 1880, la femme accouche à terme d'enfants bien portants.

Langlebert rapporte l'observation suivante : Une dame se marie en novembre 1869 avec un syphilitique et devient immédiatement enceinte. Au troisième mois de sa grossesse, une roséole confluente lui couvre le corps. Une alopécie très prononcée, une adénopathie cervicale, des plaques muqueuses amygdaliennes apparurent en même temps. Traitée immédiatement, cette dame accouche en août 1870 d'une fille assez chétive mais sans signe suspect. Cette enfant, suivie pendant deux ans, s'est développée sans trace d'hérédo-syphilis.

Turchmann de Schœnfeld relate le fait suivant : Une femme syphilitique commence par avoir sept grossesses pendant lesquelles elle ne se traite pas. Elle accouche chaque fois d'enfants syphilitiques qui ne tardent pas à mourir. Devenue enceinte une huitième fois puis une neuvième, elle se traite pendant le cours de ces deux grossesses et elle accouche successivement de deux enfants sains et bien portants. Survient une dixième grossesse, la femme, se considérant comme guérie, ne se traite pas. Elle accouche d'un enfant syphilitique, qui meurt à six mois. Enfin, une onzième grossesse, dans le courant de laquelle le traitement intervient, amène un enfant vivant et sain.

Ce dernier fait est bien typique : il prouve de plus l'alternance d'action du traitement.

De longues séries de grossesses désastreuses ont

été coupées net par l'intervention du traitement : un exemple dû à Notta, est significatif :

Une femme contracte la syphilis et fait successivement huit fausses couches, sans pouvoir amener un seul enfant à terme. Elle se soumet alors, pendant une nouvelle grossesse, à un traitement régulier et intense et elle accouche d'un enfant à terme et bien portant. « Cet enfant, dit l'auteur, est actuellement âgé de cinq ans et n'a jamais présenté la moindre trace de syphilis ».

Le professeur Fournier a rapporté un grand nombre d'observations montrant l'heureuse influence du traitement sur le produit de conception. Nous en reproduisons quelques-unes.

Une femme syphilitique se marie avec un homme sain et accouche en 1885, d'un enfant syphilitique qui meurt à trois mois. En 1886, elle redevient enceinte et est énergiquement traitée.

Résultat : naissance à terme d'un enfant sain.

Une femme reçoit la syphilis d'un premier mari et ne se traite que d'une manière éphémère ; devenue veuve, elle se remarie à un homme sain et conçoit de cet homme plusieurs enfants qui, ou bien meurent *in utero*, ou bien naissent avec la syphilis. Elle se traite alors d'une façon assidue pendant trois grossesses successives et chaque fois elle donne le jour à des enfants sains.

Un jeune homme se marie en pleine période secondaire. Cinq mois plus tard, sa femme devient enceinte et le professeur Fournier constate sur elle des acci-

dents spécifiques indubitables. Elle est énergiquement traitée pendant toute la durée de la gestation et accouche à terme d'un enfant sain, bien portant, d'un poids moyen. Suivi pendant quinze mois, cet enfant n'a pas présenté de symptôme suspect.

Nous rapprochons trois observations typiques. Un premier fait a été observé par le Dr Ribemont-Dessaignes. Un mari a contracté la syphilis avant son mariage. Sa femme devient enceinte quatre fois et bien qu'elle fût restée indemne de toute contamination syphilitique, elle n'a pu mener ses grossesses à terme. Le traitement spécifique est administré de suite et continué pendant toute la durée d'une nouvelle grossesse. La femme accouche à terme d'un enfant, qui, suivi pendant 2 ans et 1/2, n'a présenté aucun signe d'hérédo-syphilis. Cette femme a eu, dans la suite, une autre grossesse également heureuse, grâce au traitement.

Une seconde observation est due au professeur Fournier : Un homme contracte la syphilis en 1881 et est traité pendant cinq mois. Il se marie en 1883 et sa femme a une première grossesse qui se termine par l'accouchement d'un enfant, lequel meurt neuf jours après. Une seconde grossesse donne un enfant qui meurt quelques semaines après la naissance. La femme, enceinte une troisième fois, est examinée par le professeur Fournier. Bien que ne présentant aucune trace de syphilis et dans un but uniquement prophylactique, elle est traitée et, grâce à l'intervention thérapeutique, elle accouche à terme d'un enfant abso-

lument sain. Suivi pendant cinq ans, cet enfant est resté indemne de toute trace héréditaire.

Une dernière observation est reproduite par le professeur Fournier : Un homme se marie quelques années après avoir contracté la syphilis. Sa femme, six fois enceinte, avorte chaque fois. Au cours d'une septième grossesse, elle est traitée et accouche d'un enfant sain, lequel, suivi pendant huit ans, est resté bien portant.

Nous avons trouvé, dans le service du professeur Fournier, quelques observations anciennes non publiées jusqu'ici. Nous les rapportons ici, en les résumant.

E. R.., 24 ans, sans antécédents héréditaires, devient enceinte en août 1891, d'un mari qui avait eu la syphilis, mais ne présentait au moment de la conception aucun accident contagieux.

En septembre 1891, cette femme commence à perdre ses cheveux et elle entre à l'hôpital Saint-Louis, le 22 septembre 1891. Elle est traitée pour la syphilis et accouche le 18 mai suivant, dans le service du Dr Bar d'un enfant vivant et pesant 3750 grammes, sans trace de syphilis à la naissance.

P. J.., âgée de 24 ans 1/2 a eu une première grossesse normale et redevient enceinte en janvier 1892 d'un homme, qui n'était pas le père du premier enfant. Six mois après le début de la grossesse, cette femme présente une roséole érythémateuse et papuleuse et une adénite inguinale bilatérale. Elle est traitée à l'hôpital Saint-Louis et entre à la Clinique Baudelocque pour ses couches. Elle met au monde un enfant pesant 2600 grammes. Le placenta pesait 480 et ne présentait pas de lésions. L'enfant ne présentait pas de signes d'hérédo-syphilis à la naissance.

Une passementière, âgée de 27 ans, entre le 10 septembre 1892

à l'hôpital Saint-Louis pour une syphilide ulcéreuse de la jambe et une gomme ulcérée de la cuisse. Elle est enceinte de huit mois environ. Elle a eu antérieurement 5 grossesses, qui se sont terminées par des accouchements à terme d'enfants, qui ont survécu. Le 26 octobre, après un traitement de six semaines, elle accouche d'un enfant vivant pesant 3860 grammes. Le placenta pesait 872 grammes.

Une femme, âgée de 21 ans et enceinte, entre à l'hôpital Saint-Louis, en octobre 1862, pour un chancre de la grande lèvre, du côté gauche. Elle est traitée et accouche à terme, deux mois après d'un enfant bien portant.

Une autre femme, âgée de 25 ans, gagne la syphilis pendant une première grossesse. En absence de tout traitement, elle accouche à terme d'un enfant qui meurt au bout d'un mois. Redevenue enceinte deux ans après et grâce à un traitement régulier, elle accouche d'un enfant parfaitement sain et qui a vécu.

Une femme, âgée de 29 ans, après cinq grossesses normales en l'espace de sept ans, gagne la syphilis au cours d'une nouvelle grossesse. Elle entre en traitement à l'hôpital Saint-Louis pour des chancres indurés multiples et elle accouche en février 1894 d'un enfant pesant 3900 grammes et sans lésion apparente.

Une femme de 23 ans, entre le 26 mai 1894 à l'hôpital Saint-Louis pour une roséole et des syphilides vulvaires avec plaques muqueuses. Elle est enceinte de six mois et demi environ. Après traitement, elle accouche à terme, le 30 juillet, d'un enfant bien portant.

Une femme de 21 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, le 1er octobre 1894 pour un chancre induré de la vulve ayant débuté six semaines auparavant. Elle est enceinte de huit mois. Elle est traitée et accouche le 14 novembre, d'un enfant bien portant, pesant 3600 grammes.

Nous reproduisons trois observations de femmes à la fois enceintes et syphilitiques, qui ont été traitées dans le service du professeur Gaucher, à l'hôpital Saint-Antoine.

Une femme âgée de 22 ans, enceinte de 5 mois environ, entre en traitement à l'hôpital pour un chancre induré datant d'un mois et pour une roséole discrète du ventre et des cuisses. A la suite d'un toucher vaginal malencontreux, elle accouche prématurément, à 7 mois 1/2 d'un enfant paraissant viable et sans trace apparente de syphilis.

Une cuisinière, âgée de 25 ans, enceinte de 8 mois environ, entre en traitement à l'hôpital Saint-Antoine, pour des plaques muqueuses ulcérées de la vulve. L'accident primitif est passé inaperçu. Elle accouche, au mois de mars 1898, d'un garçon bien constitué.

Une femme de 32 ans a eu six grossesses normales lorsqu'en 1902, elle entre à l'hôpital Saint-Antoine pour un chancre de la grande lèvre, du côté droit. Elle a de l'alopécie précoce, de la céphalée, de la roséole et de l'angine.

En 1903, elle a une nouvelle grossesse : bien que se traitant irrégulièrement durant celle-ci, elle accouche à terme d'un enfant de 4000 grammes, bien portant et sans lésion à la naissance. Actuellement cet enfant est en traitement à l'hôpital Saint-Louis pour un érythème fessier et une ulcération du pied gauche.

Le pronostic de la syphilis fœtale doit donc toujours être considéré comme très grave mais grâce au traitement, nous pouvons dépister l'influence héréditaire, mieux encore, nous pouvons la prévenir et cela dans des cas qui, au premier abord, sembleraient désespérés.

Dans une communication faite au mois de février 1901, à la Société médicale des hôpitaux de Paris, le professeur Gaucher a relaté l'observation suivante :

Il s'agit d'un cas de syphilis, que l'on peut qualifier syphilis maligne.

Une femme contracte la syphilis trois ans avant sa grossesse et pendant tout cet intervalle de temps, présente des accidents syphilitiques nombreux et variés : plaques muqueuses, syphilides cutanées de toutes sortes, névrite cubitale, etc. Au moment de la conception, elle était atteinte d'une syphilide faciale à tendance envahissante, qui avait débuté trois mois auparavant et dura jusqu'au sixième mois de sa grossesse. Dans ces déplorables conditions, la femme est soumise au traitement spécifique, dès le début de sa grossesse. Elle continue le traitement pendant toute sa gestation et accouche à terme d'un enfant sain et ne présentant aucun symptôme d'hérédo-syphilis. Suivi pendant quatre ans cet enfant n'a jamais présenté d'accident syphilitique.

Dans tous les cas où le traitement est institué dès le début de la grossesse, on en observe la bienfaisante influence. C'est là une condition essentielle du succès. Nous ferons toutefois exception dans le cas où la contamination se fait au cours de la grossesse.

Le professeur Gaucher, dans la même communication de février 1901, rapporte l'observation d'une femme enceinte dont le mari était exempt de syphilis. Au huitième mois de la grossesse, cette femme contracte un chancre de la lèvre inférieure. Le traitement est institué aussitôt et continué jusqu'à l'accouchement. L'enfant, bien que non traité après la naissance, ne présenta dans la suite aucun accident.

Nous avons pu recueillir à la clinique Baudelocque, dans le service de M. le Professeur Pinard, qua-

tre observations cliniques de femmes, à la fois enceintes et syphilitiques, qui ont, grâce au traitement, terminé heureusement leurs grossesses.

Une femme, en janvier 1897, est traitée à l'hôpital Broca pour un chancre induré de la lèvre inférieure. Elle a de fréquents maux de tête et perd ses cheveux rapidement. Elle devient enceinte en 1899 et continue le traitement pendant la grossesse. Elle accouche, à la clinique Baudelocque, d'un enfant à terme, pesant 3000 grammes ; le placenta pesait 545 grammes et ne présentait pas de lésions.

Une primipare de 31 ans a contracté la syphilis, au mois de novembre 1897. L'accident primitif a passé inaperçu. Dès le mois suivant, elle a des plaques muqueuses à la langue et aux lèvres, de la roséole, de la laryngite et de la céphalée. Elle se traite régulièrement pendant 2 ans 1/2 et devient enceinte pendant son traitement. Elle accouche à terme, à la clinique Baudelocque, le 3 mai 1900, d'un garçon pesant 3420 grammes ; celui-ci ne présente aucune lésion. Le placenta pesait 470 grammes.

Une multipare de 39 ans, ayant présenté différents accidents syphilitiques, avorte plusieurs fois de suite pendant neuf ans, de 1887 à 1896. Elle s'était pendant cet intervalle de temps très irrégulièrement traitée. Enceinte à nouveau, elle se rend à la clinique Baudelocque, au mois d'avril 1900, et on lui prescrit le traitement spécifique.

Elle suit rigoureusement le traitement et accouche à terme, le 1er juin 1900, d'un garçon bien portant, pesant 3310 grammes. Le placenta pesait 500 grammes.

En mars 1902, se présente à la clinique Baudelocque, une femme enceinte, qui a été traitée, trois mois auparavant, à l'hôpital de Reims, pour un chancre induré de la fourchette et pour une angine spécifique. Elle présente, à son entrée, une plaque mu-

queuse de la grande lèvre droite. Le traitement est continué et cette femme accouche à terme, le 27 mars 1902, d'une fille du poids de 2650 grammes et sans lésions spécifiques. Le placenta pesait 500 grammes.

Ces quatre dernières observations sont bien probantes en faveur de l'influence salutaire du traitement sur la syphilisation du fœtus. Nous remarquerons, en outre, le rapport normal qui existe entre le poids du fœtus et celui du placenta.

Une femme syphilitique amenait, au mois de novembre 1902, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, un enfant, âgé de trois mois et demi et présentant des syphilides papulo-squameuses de la paume de la main. La mère avait une cicatrice de gomme non douteuse. Bien que syphilitique depuis plusieurs années, cette femme avait un premier enfant, âgé de 28 mois, sain et bien portant. La mère s'était soumise au traitement pendant les trois derniers mois de sa grossesse.

Le Dr Ed. Fournier, dans sa thèse sur les stigmates dystrophiques de l'hérédo-syphilis, rapporte l'observation d'une femme enceinte et syphilitique à la fois, et qui, grâce à un traitement énergique, accoucha à terme d'un enfant vivant et bien conformé. Cet enfant, suivi pendant cinq mois ne présenta aucun symptôme suspect. Dans cette observation, cependant, la syphilis de la mère était particulièrement maligne. Elle avait débuté, en effet, par un large chancre phagédénique de la vulve, qui fut bientôt suivi de deux ordres de manifestations : d'une part, des syphilides ulcéreuses confluentes, criblant le corps, avec tendance phagédénique sur certains points ; d'autre part, une fièvre avec inappétence absolue, douleurs multiples et intenses, céphalée, adynamie, simulant un état typhoïde grave. Le traitement

rapidement institué et suffisamment énergique non seulement a guéri la mère mais a pu encore sauvegarder l'enfant.

De tels faits démontrent bien l'heureuse influence de l'intervention préventive par le traitement de la mère.

Nous suivons actuellement, dans le service du professeur Gaucher à l'hôpital Saint-Louis :

Une femme enceinte de 9 mois environ qui est traitée pour une éruption de syphilides papulo-ulcéreuses des deux jambes, en voie d'évolution ; ces lésions, de forme circinée, se sont étendues progressivement depuis huit mois : elles sont complétement indolores. Les antécédents de cette syphilis tertiaire sont ignorés. La grossesse continue son cours normal ; malgré l'intervention un peu tardive, on peut espérer un accouchement à terme d'un enfant vivant.

Dans le même service, nous observons deux femmes enceintes et syphilitiques.

L'une est enceinte de sept mois environ. Elle est entrée le 21 décembre 1903, à l'hôpital, et est traitée depuis lors, en vue de son enfant. Elle a eu, il y a deux ans, un chancre induré, qui a été traité et elle présentait, à son arrivée, à l'avant-bras droit, une cicatrice, non encore disparue, en forme de plaque arrondie. Depuis un mois, cette femme a eu de nouveaux accidents : plaques muqueuses vulvaires hypertrophiques.

La seconde est enceinte de cinq mois environ ; elle a eu, en décembre dernier, une laryngite et en même temps des lésions anales. Traitée à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, son état s'est amélioré d'abord rapidement, puis les symptômes de laryngite ont réapparu et elle présente actuellement un érythème

du pharynx avec une érosion de l'amygdale, du côté droit. Elle a, de plus, des syphilides commissurales des lèvres, des syphilides pigmentaires du cou et des syphilides hypertrophiques de l'anus. Ces diverses manifestations tendent vers la guérison, grâce au traitement spécifique.

Dans ces trois derniers cas, l'intervention active nous permet de porter un pronostic favorable quant à l'issue de la grossesse. Toutefois, dans le premier, des réserves sont à faire, étant donnée l'intervention tardive du traitement. L'une des conditions du succès est, en effet, l'institution précoce d'un traitement préventif, qui doit débuter, autant que possible, à une époque très rapprochée au commencement de la grossesse.

Nous devons à l'obligeance du Dr Gastou l'observation suivante :

Un homme de 24 ans contracte la syphilis en 1894 et présente successivement un chancre induré, de la roséole et des plaques muqueuses. Il suit un traitement pendant plusieurs jours, cesse, puis le reprend et cesse enfin complétement devant l'intolérance du mercure par voie gastrique.

En 1895, malgré l'avis du médecin consulté, cet homme cherche à se marier. La famille de la fiancée, prévenue anonymement de l'état de santé du fiancé, se présente chez le médecin ; celui-ci obtient de son client l'autorisation d'informer la famille de la jeune fille que le mariage projeté est impossible, étant donné l'état récent de la syphilis.

Or de part et d'autre, on passe outre et le mariage est décidé lorsque, la veille même de celui-ci, le jeune homme est pris d'une éruption de plaques muqueuses confluentes dans la gorge.

Le médecin conseille, devant l'impossibilité de faire comprendre la nécessité d'ajourner le mariage, la séparation des époux jusqu'à la guérison du mari et l'interdiction de tout rapport sexuel ou baiser. Il prescrit, de plus, un traitement intensif au mari. Il n'est pas tenu compte des recommandations du médecin et le traitement lui-même n'est pas suivi. Trois mois environ après le mariage, apparaissent des signes de grossesse chez la femme. Celle-ci ne présente aucune lésion syphilitique et a échappé à toute contagion directe. Cependant pour sauvegarder à la fois l'enfant et la mère, un traitement intensif est suivi, pendant toute la durée de la grossesse. Celle-ci se termine à terme par la naissance d'un enfant bien portant.

Une particularité a été citée par quelques auteurs, le professeur Fournier entr'autres : le traitement spécifique a pu quelquefois avoir une influence provisoire sur les effets de l'hérédo-syphilis. Ainsi, un enfant a pu naître sain de parents syphilitiques alors que ces derniers ne s'étaient soumis à l'influence du traitement que provisoirement et seulement au moment de la procréation.

Le professeur Fournier a observé plusieurs fois l'alternance d'action du traitement spécifique. Des enfants naissaient sains ou syphilitiques suivant que les parents se soumettaient ou non au traitement. Une statistique de cet auteur donne les chiffres suivants, qui indiquent bien l'action du traitement sur la mortalité infantile. Il s'agit dans tous ces cas de mortalité par hérédité mixte :

Traitement	nul	—	82 o/o
—	court	—	85 o/o
—	moyen	—	36 o/o
—	prolongé	—	néant

Le fait habituel, en cas de traitement de la mère, est la naissance d'enfants vivants et à terme. Rien n'est plus frappant que de rapprocher les cas où la syphilis a été traitée chez la femme enceinte de ceux dans lesquels la syphilis était ignorée et par conséquent non traitée. Treize femmes, observées par le professeur Fournier, étaient syphilitiques et présentaient des manifestations tertiaires non douteuses. Elles ignoraient leur affection et avaient eu, à elles treize, 59 grossesses. Sur ces 59 enfants, dix seulement avaient survécu, soit une mortalité de 83 o/o.

Rappelons encore une observation de Le Pileur, dans laquelle une femme, affectée d'une syphilis ignorée, a eu onze grossesses qui ont abouti à ceci :

Un enfant survivant ;

Six fausses couches ;

Quatre enfants morts de un jour à six semaines.

Soit au total : dix enfants morts sur onze grossesses.

Le traitement constitue donc le neutralisant par excellence de l'hérédo-syphilis ; seul, il est capable de l'éteindre.

Nous terminerons cet exposé clinique de l'influence du traitement spécifique de la mère sur le fœtus en rappelant quelques chiffres dus au professeur Fournier. Ils ont une grande valeur statistique car ils portent sur une longue série d'observations.

Sur 500 ménages syphilitiques, on en rencontre 277 qui ont été éprouvés par l'hérédo-syphilis.

D'autre part sur 1127 grossesses, on observe :

600 naissances d'enfants sains ;

527 terminaisons malheureuses.

Il faut entendre par ces dernières les avortements, les morts précoces d'enfants, les dégénérescences et les manifestations variées de l'hérédité syphilitique.

Ces chiffres donnent donc une proportion de 46 o/o de grossesses désastreuses et parmi celles-ci une mortalité infantile de 42 o/o a été relevée.

Une autre statistique du professeur Fournier est plus sombre encore : sur 148 grossesses de femmes syphilitiques, 23 enfants seulement ont survécu : soit une proportion de 84 o/o de morts.

Cette « polymortalité des jeunes » ne se rencontre dans aucune autre forme d'hérédité pathologique.

CHAPITRE IV

Une femme enceinte d'un enfant, issu d'un père syphilitique doit-elle être soumise à un traitement dans tous les cas ? La réponse paraît simple de prime abord ; elle a cependant soulevé de nombreuses discussions. Nous nous y arrêterons donc à notre tour.

Le professeur Fournier, qui est une grande autorité pour toutes les questions de syphilographie, a établi une distinction suivant les cas.

Ou bien, dit-il, la mère est absolument indemne de toute syphilis ; ou bien, elle est syphilitique, soit par contamination directe, soit par conception : qu'elle sera notre règle de conduite dans l'une ou l'autre espèce ?

La seconde situation ne crée aucune controverse parmi les auteurs. En effet, que la mère tienne la syphilis du père ou de l'enfant, il importe peu : il faut sauvegarder l'enfant en traitant la mère. L'enfant est alors doublement menacé : par l'hérédité paternelle d'une part, par l'infection maternelle de l'autre. Même dans cette situation, qui est la plus grave pour l'en-

fant, un traitement actif est le plus souvent infaillible.

Considérons maintenant le cas dans lequel la femme enceinte est indemne de toute manifestation syphilitique à l'inverse du père qui est infecté et cela depuis un temps plus ou moins long. Que faire alors ?

Nous nous trouvons devant une double alternative : d'une part, l'enfant peut hériter de la syphilis paternelle ; d'autre part, l'enfant peut infecter la mère à son tour, puisque nous avons admis la possibilité d'une syphilis conceptionnelle. Voilà deux dangers possibles. Cependant nous avons vu que l'hérédité paternelle n'était pas fatale, ni même très fréquente ; d'un autre côté l'infection par conception peut faire défaut, elle-même : la question est donc complexe et difficile à résoudre.

Nous ne traiterons pas : mais alors notre non-intervention peut équivaloir à laisser mourir un fœtus que nous pouvions sauver ? Nous traiterons : mais alors n'est-il pas anormal d'agir sur une femme en apparence saine ? Les auteurs sont ici fort hésitants à se prononcer et disons, tout de suite, qu'un petit nombre seulement admet actuellement l'opportunité d'un traitement prophylactique de la syphilis fœtale.

On pressait jadis Ricord de prendre parti et il préférait, en l'espèce, l'expectation, ne voulant pas agir au hasard, selon son expression. Le traitement, en l'absence de toute manifestation réelle, lui paraissait un traitement d'aventure.

Le professeur Fournier admet l'intervention ration-

nelle et motivée, comme il l'appelle. Cette opinion a rallié beaucoup d'auteurs. Voyons en quoi consiste cette intervention.

Dans beaucoup de cas, l'intervention est obligatoire : on ne la discute pas. Un exemple : qu'une femme ait eu une série de grossesses, qui se soient terminées par des avortements ou des accouchements prématurés d'enfants morts ; que l'enquête médicale ait de plus révélé chez le père des stigmates de syphilis même ancienne, même en absence de signe apparent chez la femme, on instituera le traitement, lors d'une nouvelle grossesse. La clinique nous a trop bien instruits de l'influence utile du traitement pour nous laisser hésitants. Nous agirons et de bonne heure.

Donc, lorsque l'influence hérédo-syphilitique s'est fait sentir dans une ou plusieurs grossesses antérieures, il y a une indication absolue d'agir.

Depaul disait ceci : « Après une série de fausses couches auxquelles on n'a pu trouver de cause, le médecin est autorisé à prescrire empiriquement la médication spécifique, médication d'ailleurs inoffensive quand elle tombe à faux, pourvu qu'elle soit prudemment instituée ».

Les accoucheurs contemporains acceptent tous cette manière de voir. Tarnier instituait le traitement spécifique alors même que les antécédents des parents étaient entièrement muets ou négatifs quant à la syphilis. « Dans nombre de cas, disait-il, des femmes éprouvées par une série de fausses couches, d'ori-

gine indéterminable, ont mené leurs grossesses à terme et donné le jour à des enfants vivants, sains et bien portants. »

Les professeurs Pinard et Budin ont adopté cette pratique de Tarnier.

Autre éventualité : la femme d'un syphilitique est enceinte pour la première fois, que ferons-nous? Nous supposons que la mère ne présente aucun symptôme apparent d'infection. La réponse paraît difficile à beaucoup d'auteurs et les discussions commencent.

On recherchera, dit-on, par une enquête minutieuse, depuis combien de temps le père est syphilitique, quel est l'état de l'affection au moment de la procréation, quelles ont été les manifestations de la maladie et quelle en paraît être l'intensité.

On recherchera, dit-on encore, quel traitement a été administré, quelle en a été l'efficacité, combien de temps on l'a appliqué ; bref, on fera un calcul de probabilités et cela devra nous déterminer à agir ou à ne pas agir. Voilà, certes, une façon de résoudre le problème qui est bien dangereuse, trop dangereuse même, pour l'enfant, car elle nous expose à de nombreux mécomptes.

En effet, on dira que la syphilis du père est ancienne, qu'elle a été longtemps et bien traitée, qu'elle devait être éteinte au moment de la conception ; or, quelle preuve peut-on fournir pour justifier l'expectation même dans ces cas ? Nous avons dit plus haut et, en cela tous les auteurs sont d'accord,

que la syphilis paternelle, même ancienne, même bien traitée, pouvait se révéler par l'influence héréditaire. Celle-ci peut, à la rigueur, être la seule manifestation possible à un certain moment. Nous ne pouvons donc accepter l'expectation simple : elle n'est pas rationnelle, elle est même dangereuse. Il faut traiter et traiter préventivement lorsque l'enquête nous a fait connaître une tare syphilitique ancienne chez le père.

Le professeur Pinard a plusieurs fois insisté sur ce fait, à savoir que la syphilis, disparue chez l'individu, ne l'est pas vis-à-vis de l'espèce. Cette proposition tend de plus en plus à être acceptée par tous. Le professeur Pinard en déduit cette conséquence thérapeutique que les parents, anciens syphilitiques, doivent se traiter à nouveau avant la procréation, même en l'absence de toute manifestation apparente.

Plusieurs auteurs nous ont rapporté des faits établissant l'influence très tardive de la syphilis paternelle. Hutchinson rapporte qu'un syphilitique s'étant marié, sa femme eut une première grossesse, se terminant par la naissance d'un enfant mort, et une seconde grossesse, neuf ans après, qui se termina par la naissance d'un enfant hérédo-syphilitique.

Les exemples d'enfants syphilitiques nés longtemps après le début de l'affection chez les ascendants ne sont pas rares. Le Dr Barthélémy a observé un enfant nettement syphilitique, né d'un père qui avait contracté l'infection quatorze ans auparavant. Le professeur Fournier a observé une petite fille de deux mois, laquelle présentait les signes habituels de l'hérédo-

syphilis, et l'enquête médicale lui apprit que le père avait été contaminé dix-huit ans auparavant. Or, dans ce dernier fait, la mère n'avait aucun symptôme de syphilis.

L'influence héréditaire peut ainsi se faire sentir très longtemps après le début de l'affection des ascendants. Dans une telle situation, nous pensons qu'une médication préventive est justifiée et qu'elle est très rationnelle.

Indiquée dans les cas où des grossesses antérieures ont été malheureuses, l'intervention thérapeutique l'est encore et au même degré toutes les fois que nous soupçonnons une tare syphilitique des ascendants. A côté du traitement curatif de la syphilis fœtale, nous pensons qu'il y a place pour un traitement prophylactique. De tous les moyens dont nous pouvons disposer pour combattre l'extension de la syphilis, le traitement par la mère est, peut-être, le plus facilement réalisable. Nous ajouterons que si le traitement peut être parfois inutile, il n'est jamais dangereux.

CHAPITRE V

Traiter, dès le début de la grossesse, chaque fois que nous soupçonnons une influence héréditaire de l'un ou de l'autre des ascendants : telle nous paraît être notre règle de conduite absolue.

Cependant, dans la pratique, le traitement spécifique, institué contre l'influence héréditaire, semble ne pas toujours donner les excellents résultats que nous sommes en droit d'attendre. Est-ce parce que la syphilis fœtale est plus grave, plus rebelle, plus tenace à guérir que la syphilis de l'individu ? La syphilisation de l'espèce est-elle, en un mot, plus difficile à combattre que la syphilisation de l'individu ? Nous ne le pensons pas ; bien, au contraire, l'action thérapeutique peut agir aussi sûrement et aussi rapidement sur le fœtus que sur l'individu complétement développé.

Si le traitement manque quelquefois son but, il faut, à notre avis, accuser le mode d'administration et non le remède. C'est pourquoi nous avons cru devoir terminer cette étude par quelques détails concernant le traitement de la syphilis chez la femme enceinte.

Le traitement mercuriel est le seul qui puisse combattre la syphilisation du fœtus. C'est là un fait clinique si bien établi qu'oser le nier serait presque s'exposer à faire douter de son jugement. Toute autre médication que le mercure ne peut être considérée que comme un accessoire utile, souvent, mais jamais suffisant.

Depuis longtemps l'expérimentation a montré que le mercure, pris par la mère, se rendait, en partie, dans les organes du fœtus. Cathelineau, en 1889, a retrouvé le mercure dans la plupart des organes et même dans le liquide amniotique. Le professeur Riche est parvenu à le doser par l'électrolyse. Enfin, plus récemment, on a décelé la présence du mercure dans le cordon et dans le placenta. Le fœtus est donc capable de s'imprégner de mercure.

Reste à savoir quelle préparation mercurielle est la meilleure, entre tant d'autres ? Il faut reconnaître d'abord qu'*a priori* toutes les formules sont bonnes pour cette excellente raison que toutes donnent de bons résultats, en pratique. Toutefois lorsqu'il s'agit de femmes enceintes et syphilitiques une certaine prudence doit être observée dans le mode d'administration. Il faut agir rapidement et d'autre part éviter tout particulièrement des accidents d'intoxication chez la mère.

Nous exposerons donc, en la résumant ici, la méthode qu'a préconisée le professeur Gaucher, dans un mémoire communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris, au mois de février 1901.

Le professeur Gaucher donne la préférence aux préparations de sels solubles comme étant les plus rapidement absorbables et partant les plus actives. Il choisit donc, parmi les sels mercuriels, le sublimé et le benzoate de mercure, et réserve ce dernier pour les injections hypodermiques.

Les formules les meilleures sont les suivantes :

1° Pour l'usage interne :

Sublimé . . . . . } ââ 0,01 centigr.
Extrait thébaïque . . . }

Pour 1 pilule.

2° Pour les injections hypodermiques :

Benzoate de mercure. . . . . 0 gr. 60
Benzoate d'ammoniaque . . . 3 gr.
Benzoate de cocaïne. . . . . 0 gr. 15
Eau stérilisée . . . . . 60 cmc.

Cette solution contient 1 centigramme de sel mercuriel par cmc. Elle reste limpide et ne s'altère pas.

On peut également employer une solution de benzoate de mercure dans le sérum chirurgical (solution saline isotonique) en conservant le même dosage.

Quant au mode d'administration, la voie hypodermique est la plus active. On injectera tous les jours 2 cmc., en une fois, de la solution de benzoate. Malheureusement, cette méthode a des inconvénients : douleur vive et induration des tissus au niveau du point injecté.

Lorsqu'on donne les pilules de sublimé, la dose

est : 2 pilules par jour, une à chacun des deux principaux repas.

Enfin le professeur Gaucher préconise, dans son mémoire, la méthode des séries alternées d'injections hypodermiques et de pilules en se rapprochant des règles suivantes :

Injections de benzoate de mercure .	1 mois.
Pilules de sublimé.	15 à 20 jours.
Repos	10 à 15 jours.

Pour une période de deux mois.

Si la contamination est postérieure à la conception, ce traitement sera institué dès les premières manifestations de l'infection et continué jusqu'à la fin de la grossesse.

Dans tous les autres cas, ce traitement sera institué, dès le début de la grossesse ou à une époque la plus rapprochée de celui-ci. Il devra toujours être régulièrement suivi pendant toute la gestation, sauf pendant les périodes intercalaires de repos prescrit.

Le professeur Gaucher affirme n'avoir rencontré, dans sa longue pratique, aucun cas où le traitement spécifique, régulièrement suivi, n'ait amené un accouchement à terme d'un enfant vivant.

CONCLUSIONS

1° L'hérédité syphilitique est la forme d'hérédité pathologique la plus redoutable.

2° Des faits cliniques nouveaux prouvent chaque jour l'influence du traitement anti-syphilitique sur le fœtus.

3° Le traitement spécifique peut être non seulement curatif mais préventif, et doit être institué dans tous les cas où l'on soupçonne une tare syphilitique chez l'un ou l'autre parent.

4° Le traitement de la syphilis chez la femme enceinte doit être institué dès le début de la grossesse et continué jusqu'au terme.

Vu : le Président de la thèse,
GAUCHER

Vu le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

Imp. de la Faculté de Médecine, H. Jouve, 15, rue Racine, Paris